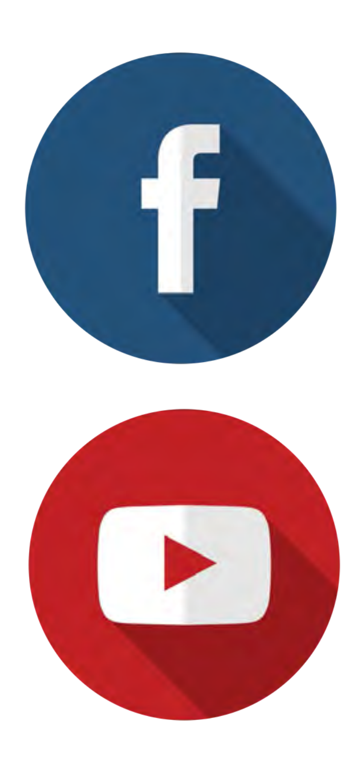
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful





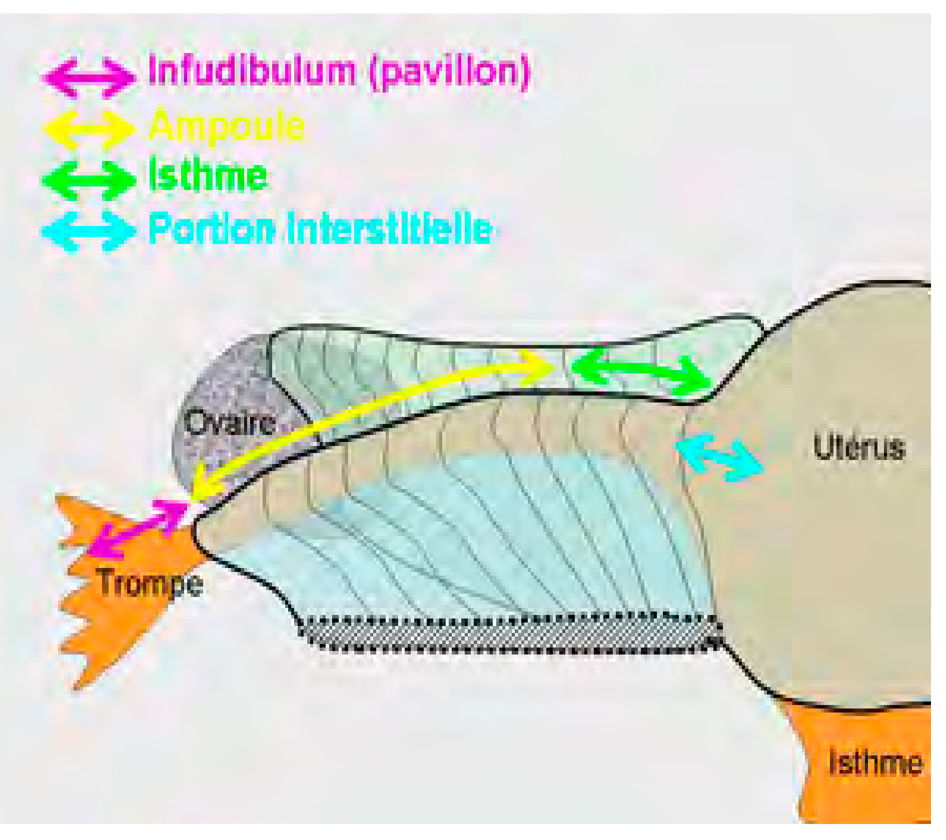


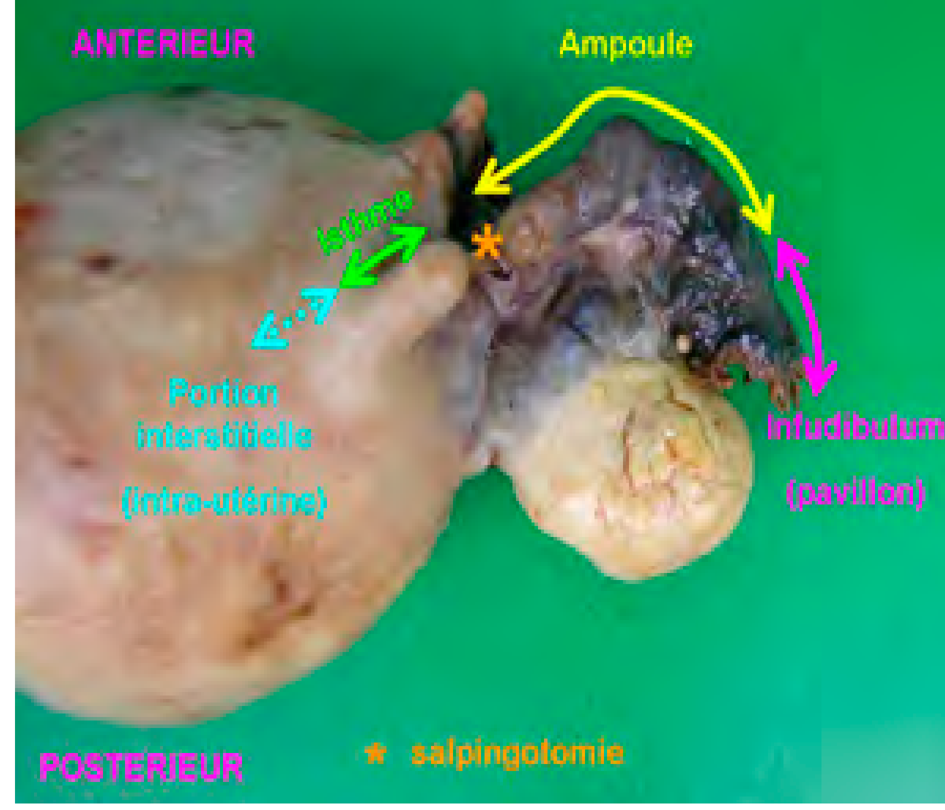
Pathologie de la trompe

Dr R. GROUSSEL

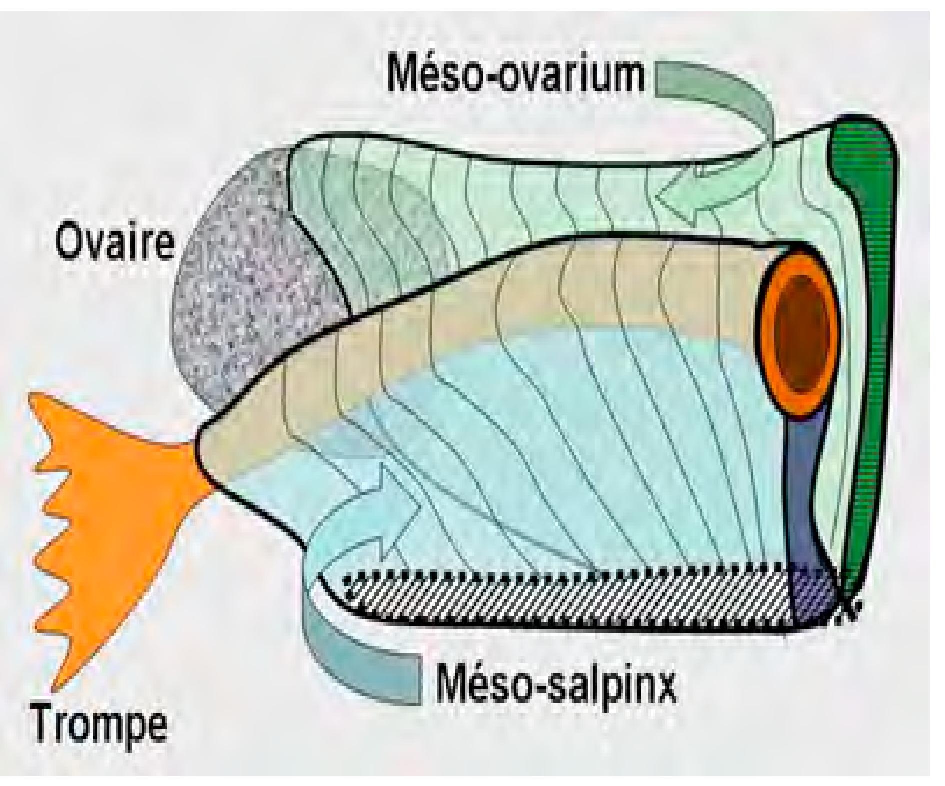
Rappel anatomique

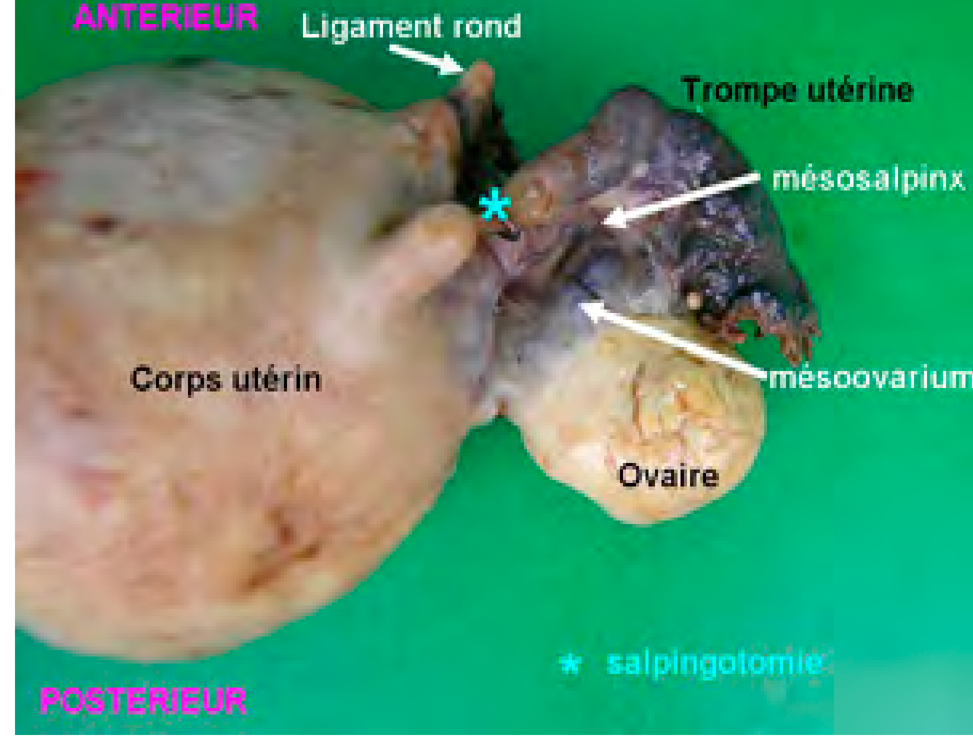
Taille : 9 à 12 cm de long



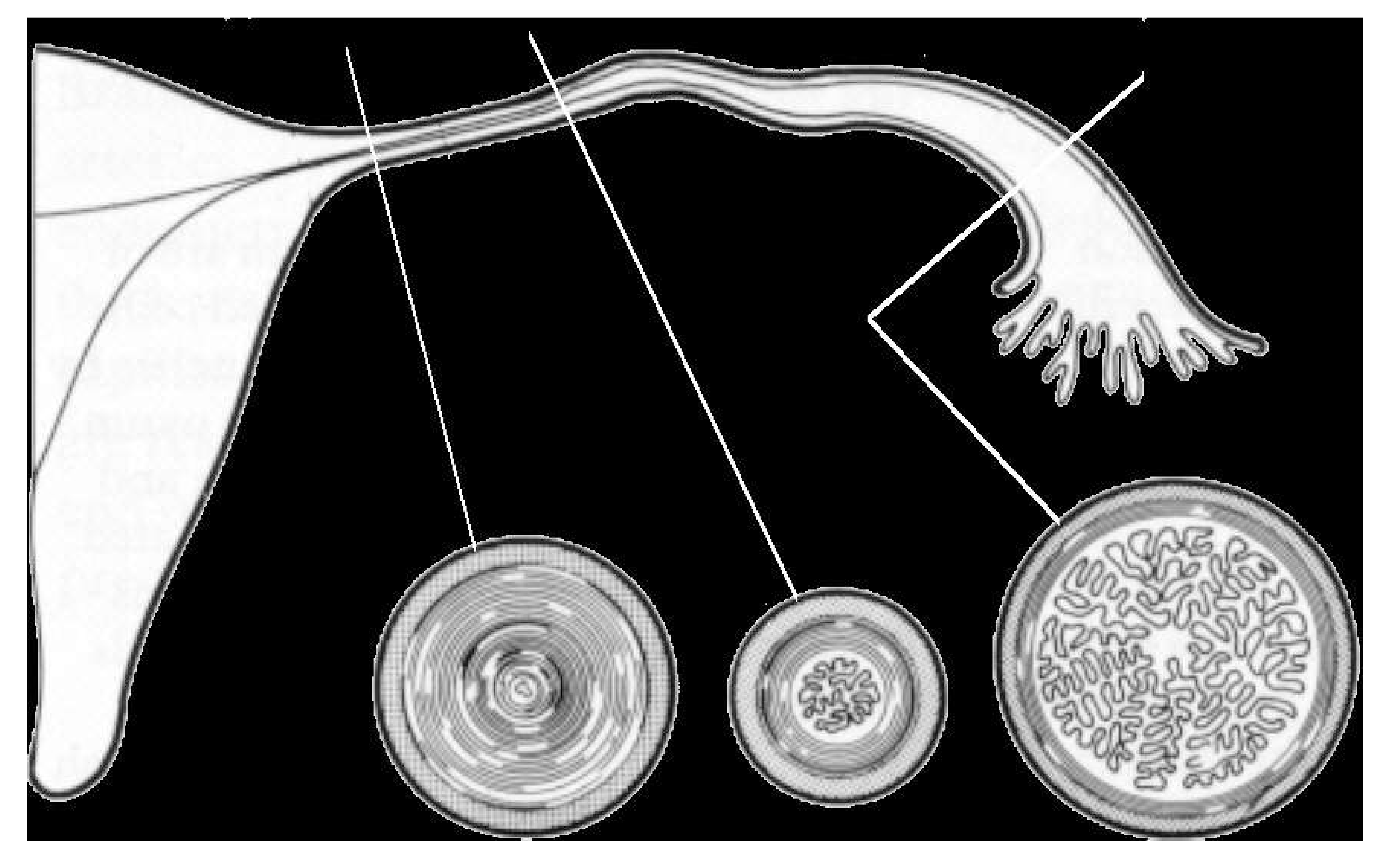


Rappel anatomique





Rappel histologique



Aspect des sections à différents niveaux, notez l'augmentation de l'épaisseur de la paroi musculaire et la diminution des franges dans la lumière tubaire.

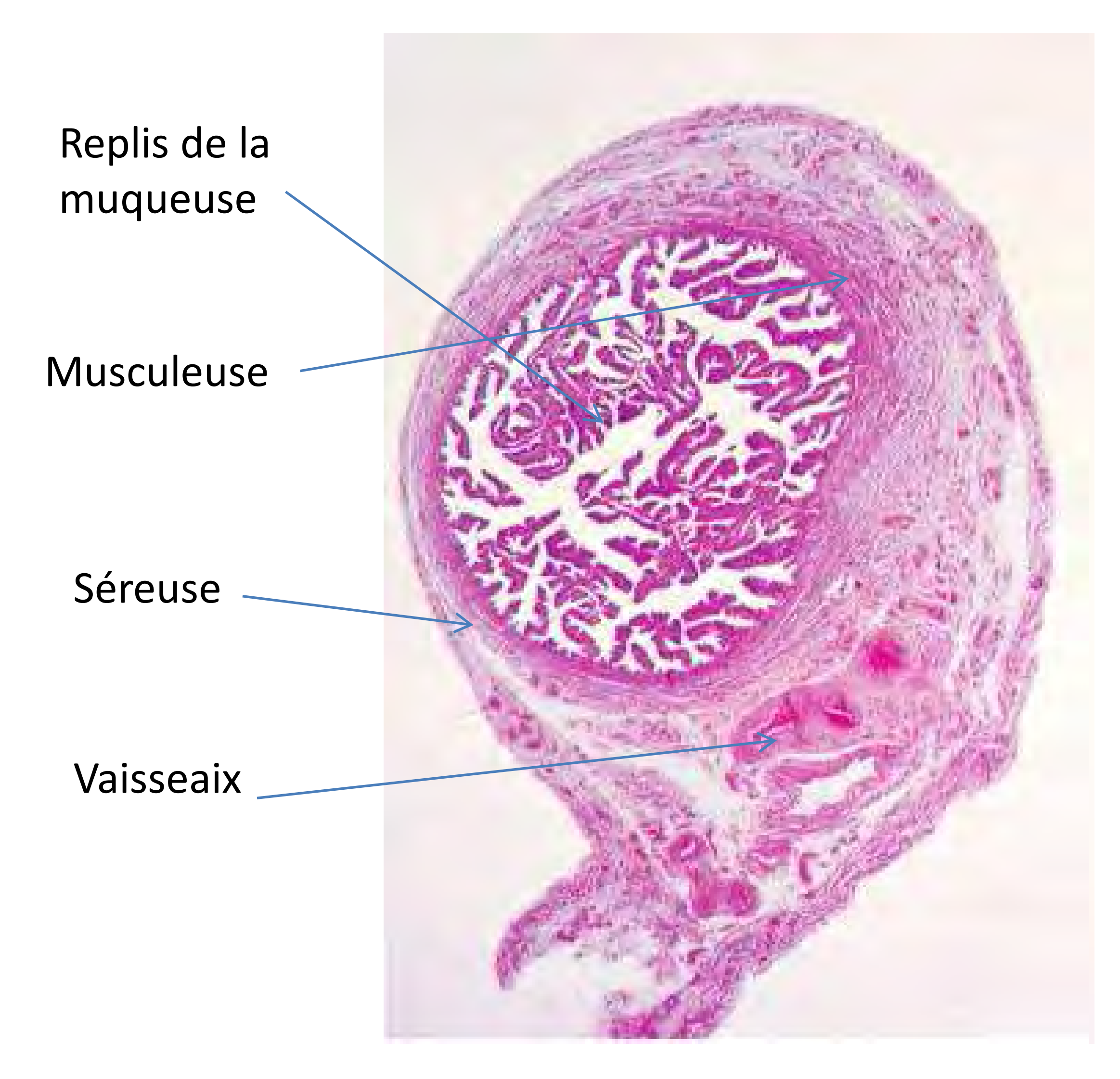
Rappel histologique

- La muqueuse bordant la trompe se prolonge par un labyrinthe de ramifications

(replis longitudinaux) qui constituent un environnement favorable à la

fécondation.

Cet aspect est bien visible dans la partie ampullaire de la trompe



Rappel histologique



Epithélium cylindrique tubaire

Tissu conjonctif (axe des replis)

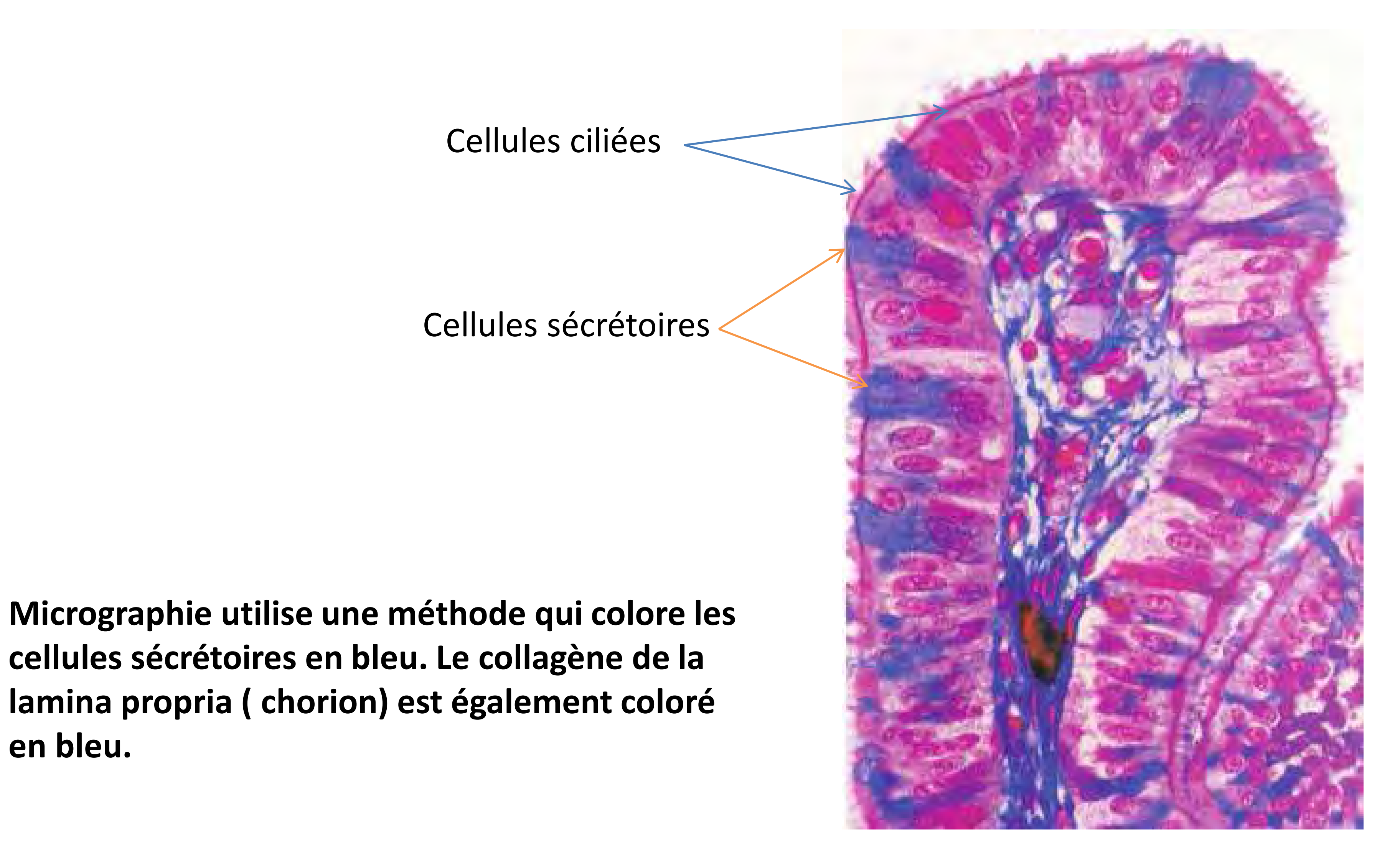
Le moyen grossissement est centré sur l'un des replis muqueux de l'ampoule. Ils présentent une partie centrale ramifiée composée de tissu conjonctif vascularisé, recouvert par une simple couche de cellules épithéliales prismatiques.

Rappel histologique



Au fort grossissement qui montre l'extrémité d'un repli muqueux, on distingue deux types de cellules épithéliales prismatiques, ciliées et non ciliées. Les cellules non ciliées sécrètent une substance qui est propulsée vers l'utérus par les cellules ciliées, qui sont les plus nombreuses ; ce produit de sécrétion transporte l'ovule. De plus, cette sécrétion joue probablement un rôle dans la nutrition et la protection de l'ovule.

Rappel histologique



Micrographie utilise une méthode qui colore les cellules sécrétoires en bleu. Le collagène de la lamina propria (chorion) est également coloré en bleu.

Pathologies inflammatoires (salpingites)

- Les maladies inflammatoires pelviennes sont secondaires à Chlamydia trachomatis, Mycoplasma ou Neisseria gonorrhoeae du col ou vagin qui s'étend à l'endomètre, trompes, ovaires.
- L'atteinte est plus rarement secondaire à l'extension d'une appendicite ou diverticulite, post instrumentation, grossesse ou avortement, l'atteinte hématogène est exceptionnelle (tuberculose).

Salpingites aigues

- MST qui franchit la barrière cervicale pour atteindre l'utérus et les trompes.
- La glaire cervicale s'oppose à l'ascension de la flore vaginale qui est polymicrobienne et varie au cours de la vie génitale : selon l'âge, cycle, grossesse, contraception, hygiène, antibiotiques.
- Cette flore peut devenir pathogène par déséquilibre hormonal, immunodépression, en post-partum / post-abortum. Une endocervicite est fréquemment associée.
- L'ascension des germes est facilitée par toutes les manœuvres endo-utérines (biopsie, hystéroscopie, curetage, pose de stérilet).
- On distingue donc les salpingites d'origine vénérienne (Chlamydia trachomatis, gonocoques), les salpingites iatrogènes (flore commensale), et les salpingites de contiguïté (appendicite, sigmoïdite, péritonite)

Salpingites aigues

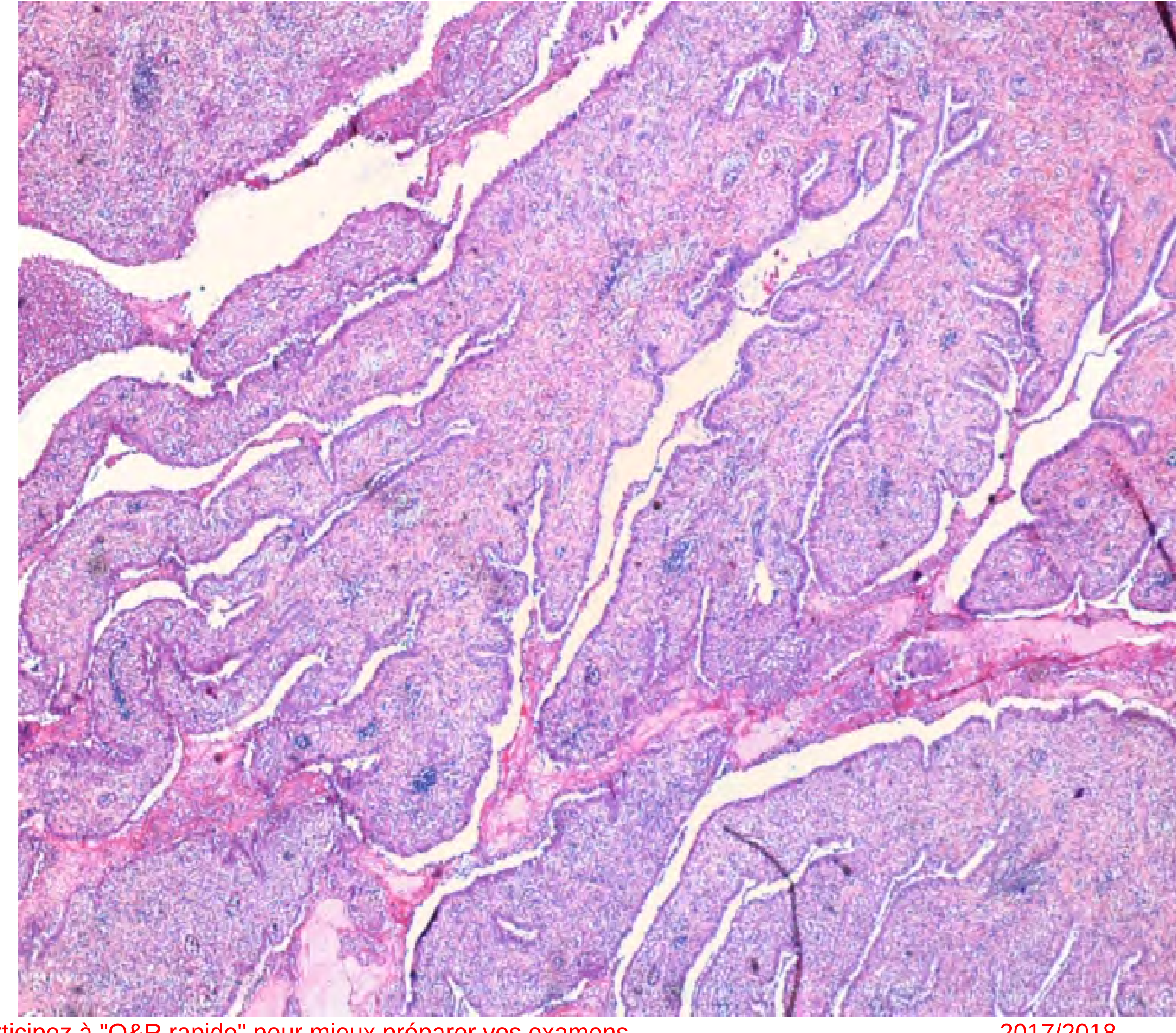
- **Clinique** : dans les formes typiques il s’agit d’une femme jeune en période d'activité sexuelle avec des douleurs pelviennes spontanées, d’intensité variable, uni- ou bilatérales, irradiantes de survenue récente (2 ou 3 jours) Syndrome infectieux sévère avec fièvre à 39-39,5°C (inconstante), pouls accéléré, parfois frissons, l'état général est conservé au début.

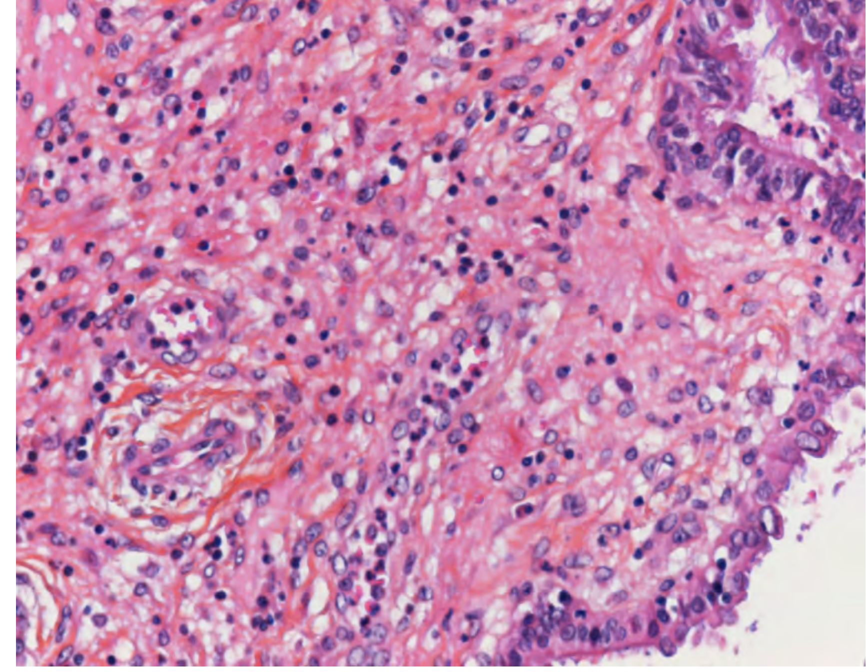
Salpingites aigues

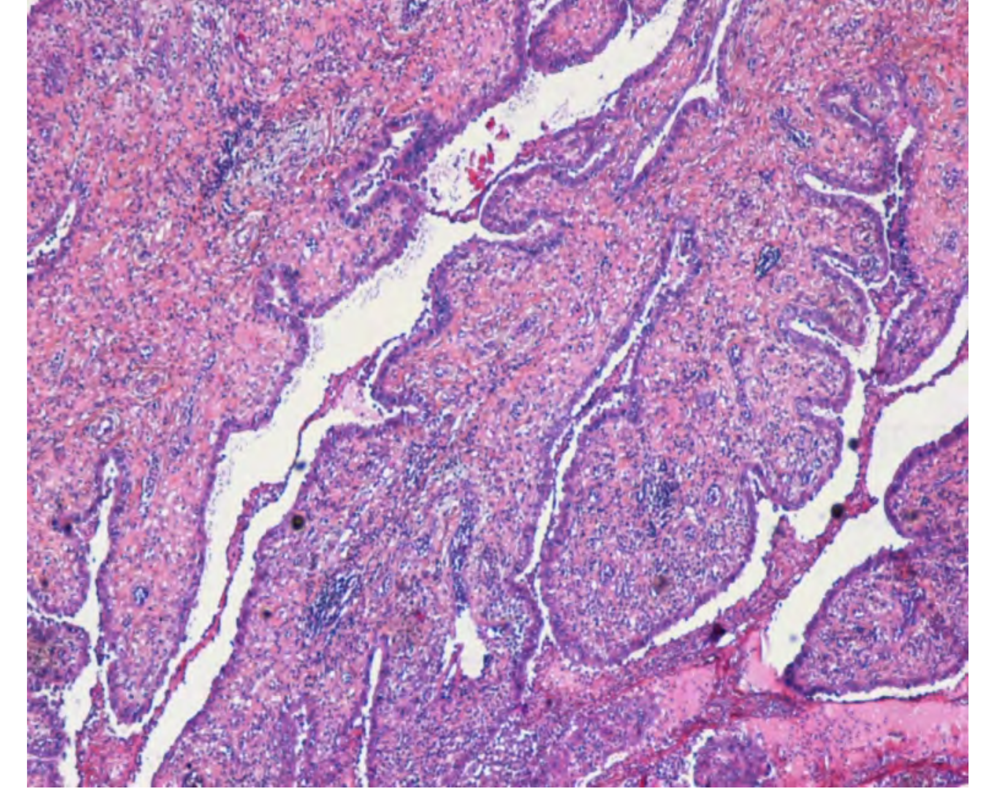
- ***Macroscopie*** :
- pyosalpinx (pus), hématosalpinx ; trompes érythémateuses, oedémateuses ; parfois exsudat fibrineux ; ou abcès tubo-ovarien.
- Il existe un écoulement purulent retrouvé également au niveau du cul-de-sac de Douglas.
- A un stade plus avancé, les trompes sont rigides, avec dépôts de fibrine qui les unissent aux organes avoisinants (ovaires, péritoine, anses intestinales).
- Plus tard, séquelles adhérentielles.

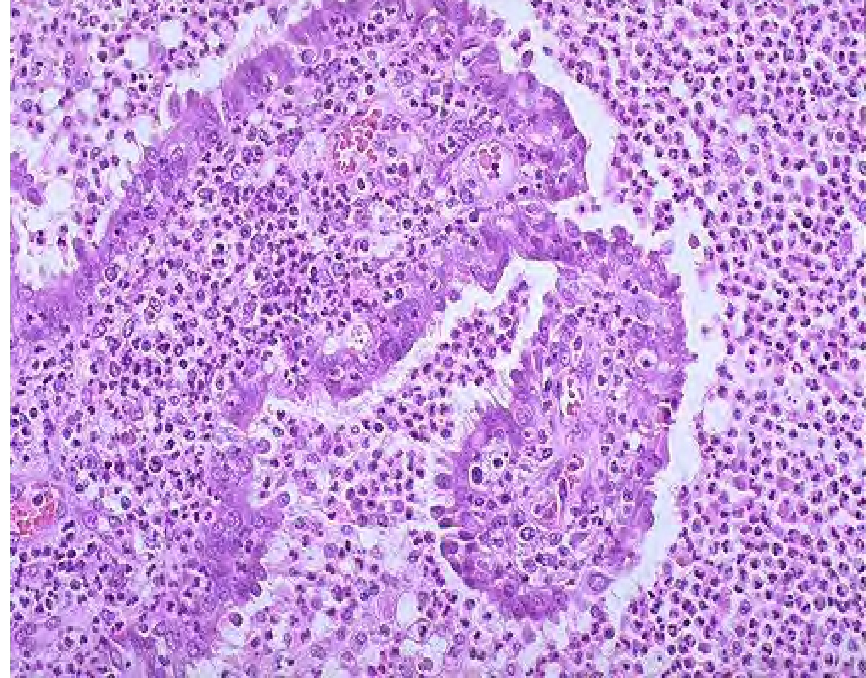
Salpingites aigues

- **Microscopie** : infiltrat neutrophile marqué, congestion et oedème ; ulcération muqueuse ; dystrophie épithéliales réactionnelles









Salpingites chroniques

- Avec l'évolution des salpingites aiguës, on aboutit à des dépôts fibrinoïdes et à des adhérences des plis, l'organisation de ces lésions aboutit à la formation de ponts entre les replis muqueux donnant un aspect classique de la salpingite folliculaire avec un infiltrat lymphoplasmocytaire.
- possibilité d'agglutination du pavillon pouvant bloquer la lumière avec formation de multiples adhérences entre l'ovaire et la trompe voire la formation d'un abcès tubo-ovarien.
- La muqueuse peut devenir hyperplasique avec des pseudoglandes cribriformes, des atypies modérées et des invaginations dans la musculeuse tubaire ce qui peut simuler un adénocarcinome.

Salpingites chroniques

- **Le chlamydia trachomatis** est une cause de plus en plus fréquente de salpingite se compliquant fréquemment de stérilité, d'hydrosalynx ou d'adhérences marquées au niveau du pavillon.
- Il existe une association fréquente entre ***l'actinomycose*** avec un DIU, plus de 85% des actinomycoses étant associé à un stérilet avec formation d'abcès et atteinte bilatérale dans la moitié des cas .

Hydrosalpins

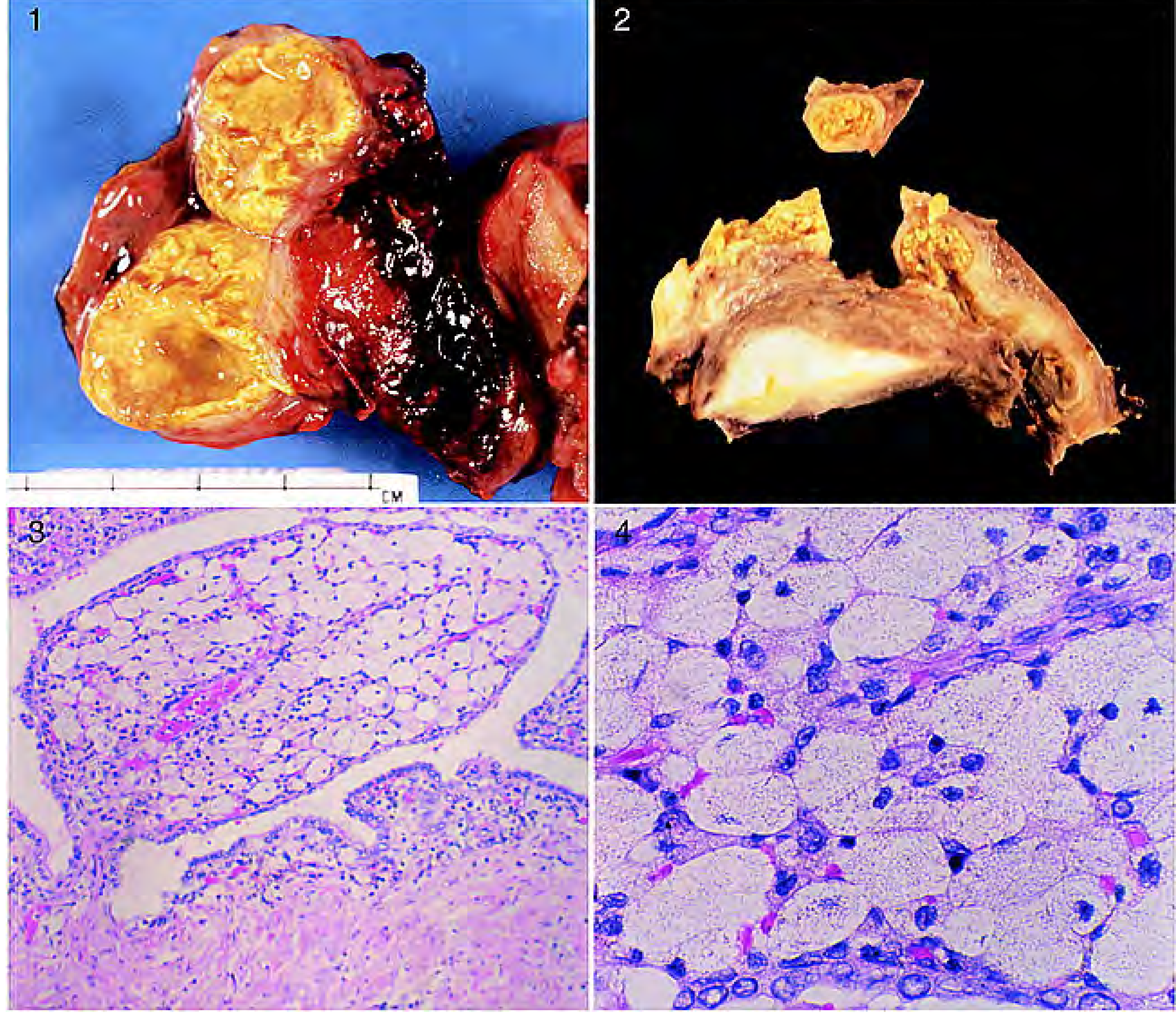


Actinomycose

Salpingites chroniques

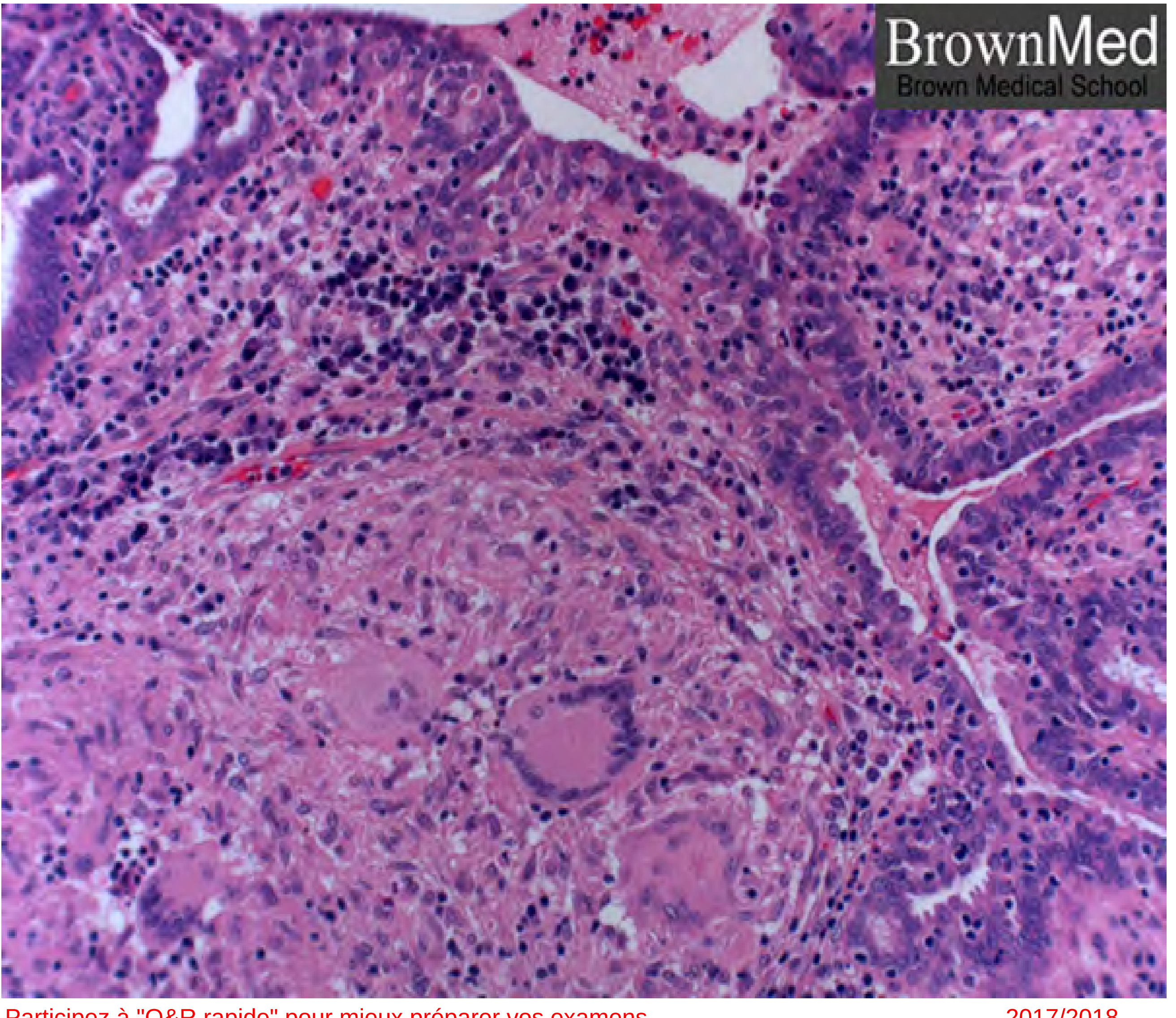
- **Salpingite granulomateuse** : elle peut être due à une mycobactérie, champignons, parasites , corps étrangers (gel lubrifiant, huile minérale, amidon, talc) voire : Actinomycose, Crohn, artérite gigantocellulaire, malacoplasie, sarcoïdose.

Salpingite xanthogranulomateuse



Tuberculose

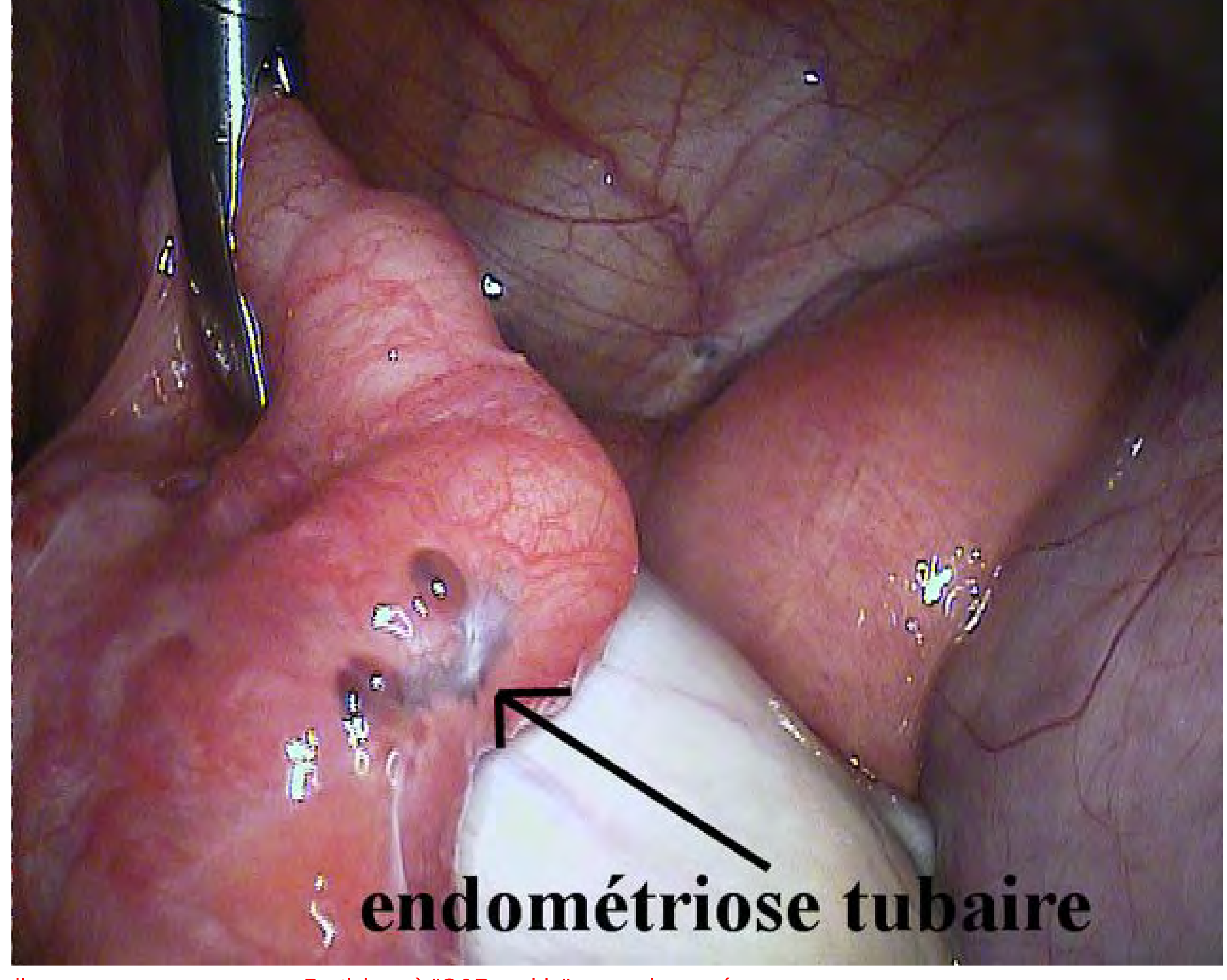
Follicules épithélio-giganto-cellulaires

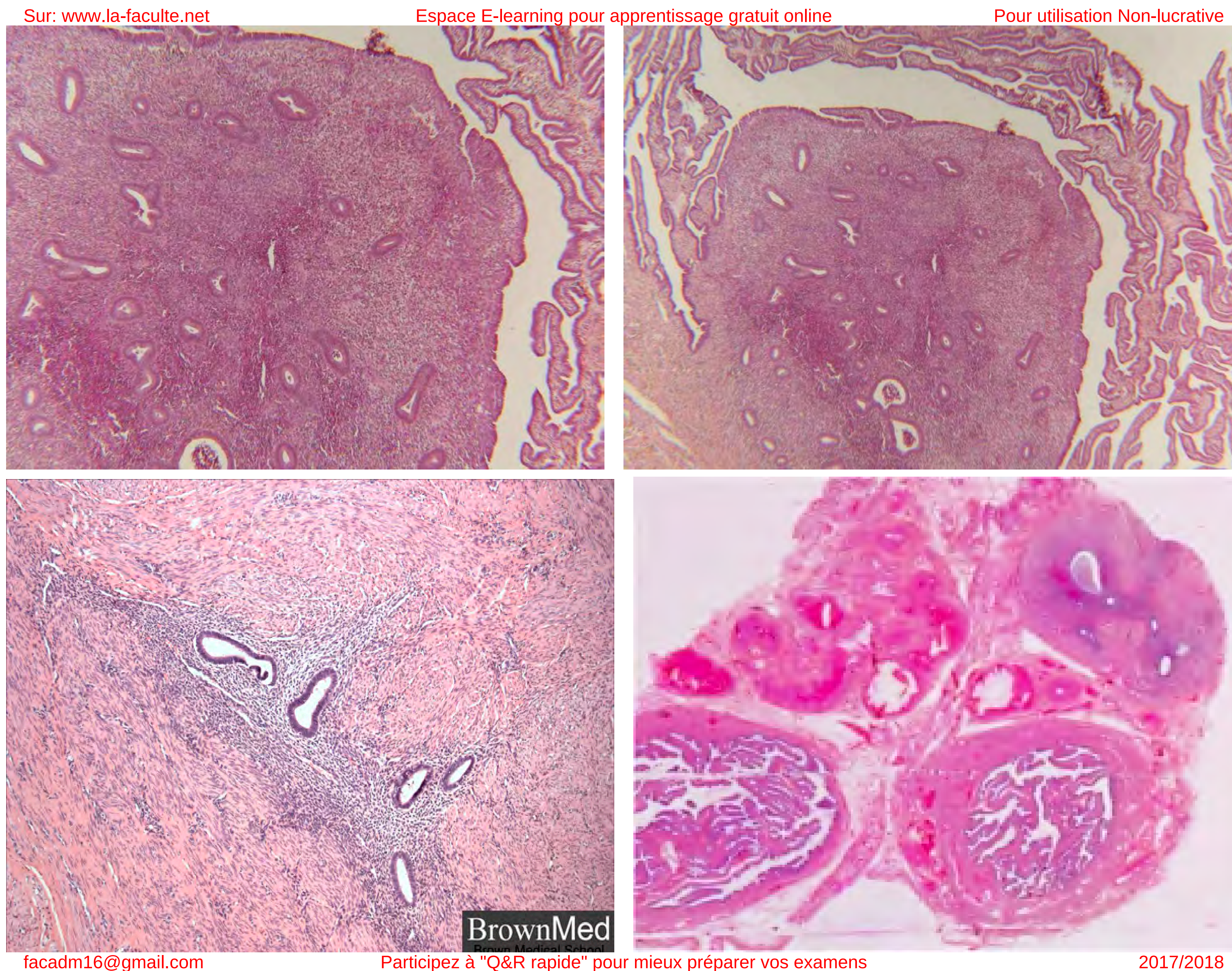


Endométriose

- **Endométriose** (endomètre ectopique) : sous forme de nodules de la paroi (séreuse, musculeuse), on retrouve le plus souvent de l'endométriose ailleurs. Parfois cela correspond à une extension d'endomètre à partir de la corne utérine, se voit souvent après ligature de trompe.
- La nature endométriale de la lésion est évidente en raison de l'association d'un stroma bien vascularisé, à petites cellules et d'une à quelques glandes à cellules cylindriques, basophiles, parfois ciliées, aux noyaux sombres, allongés et pseudostratifiés.

Endométriose




BrownMed
Brown Medical School

Grossesse extra-utérine

- Implantation de l’embryon hors de la cavité utérine (trompes, col, ovaires, cavité abdominale), la vascularisation importante constitue un risque de rupture avec hémorragie massive, stérilité, décès.
- Environ 95% de celles-ci surviennent au niveau de la trompe, près de 75 à 80% surviennent dans l’ampoule, 10 à 15% en situation isthmique et 5% au niveau du pavillon, 2% dans la corne utérine.

Grossesse extra-utérine

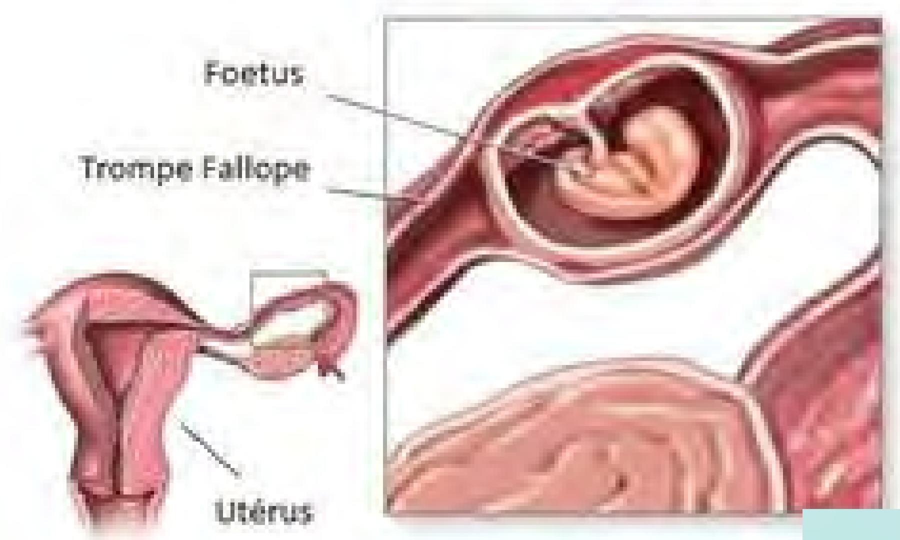
- ***Etiologie*** : Les facteurs de risques principaux sont les antécédents de pathologie pelvienne inflammatoire (surtout à Chlamydia trachomatis , suivi de Neisseria gonorrhoeae. Un antécédent de salpingite multiplie le risque de grossesse ectopique par 4)

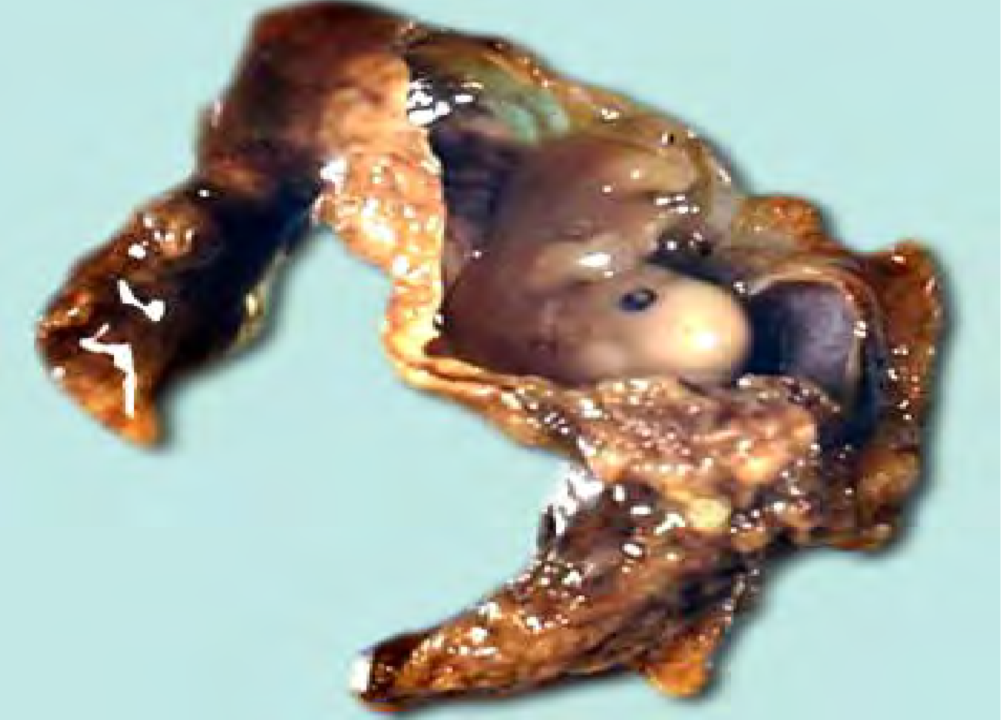
Grossesse extra-utérine





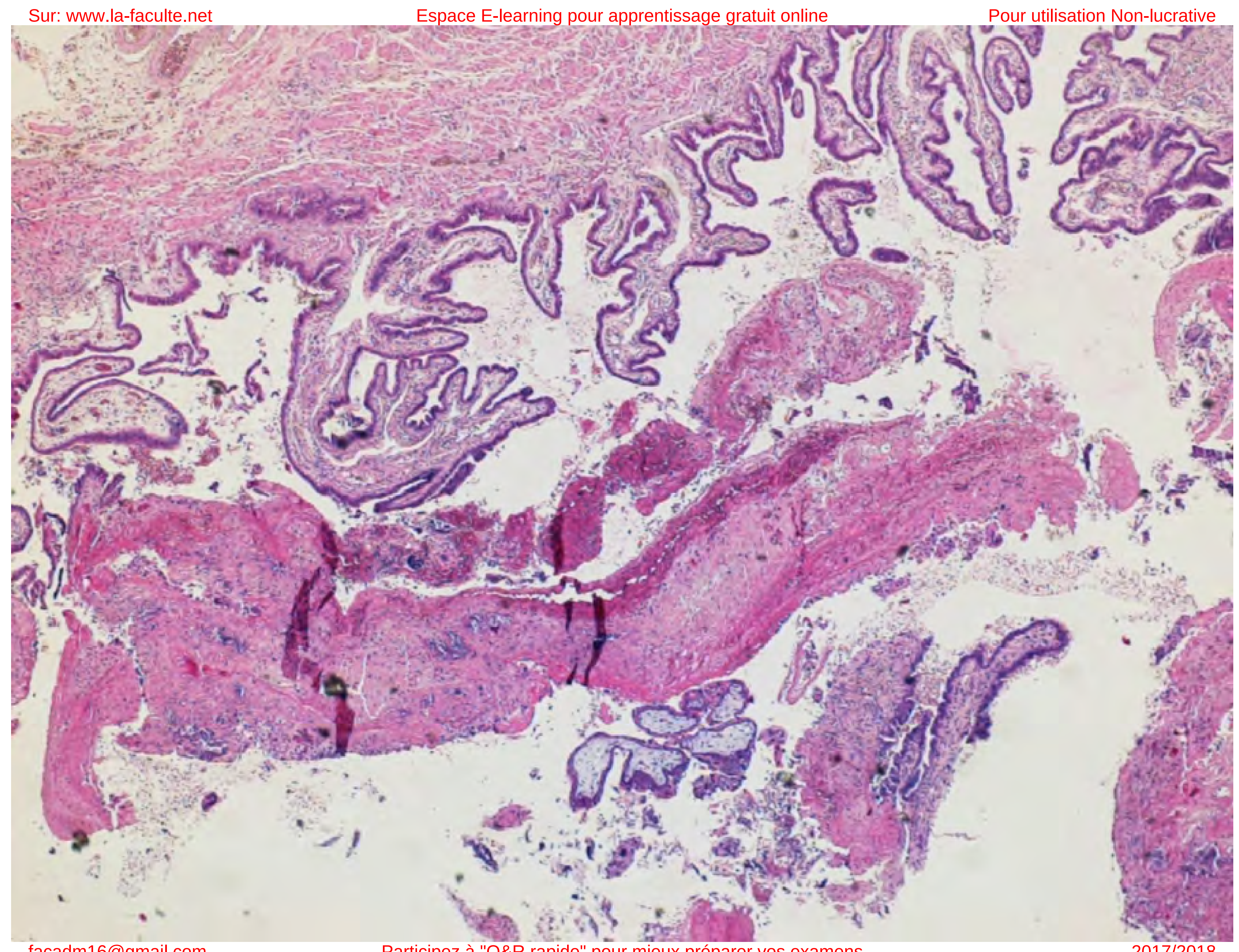
- **Macroscopie** : Dilatation irrégulière en saucisse de la trompe avec une coloration bleue due à l'hématosalpinx


Grossesse extra-utérine
Foetus
Trompe Fallope
Utérus



Grossesse extra-utérine

- ***Histologie*** : on retrouve, de façon fréquente, des villi chorioniques dans la lumière tubaire qui sont le plus souvent viables, dans 2/3 des cas, on peut retrouver un embryon identifiable, il est parfois nécessaire de faire de nombreux prélèvements pour identifier les produits de gestation. Le trophoblaste pénètre profondément dans la musculeuse.



Tumeurs bénignes

- ***Kystes d'inclusion*** (kystes para-tubaires) qui sont des lésions très fréquentes sous forme de petits kystes au contact de la séreuse bordés de cellules ciliées et sécrétoires pouvant former des papilles.

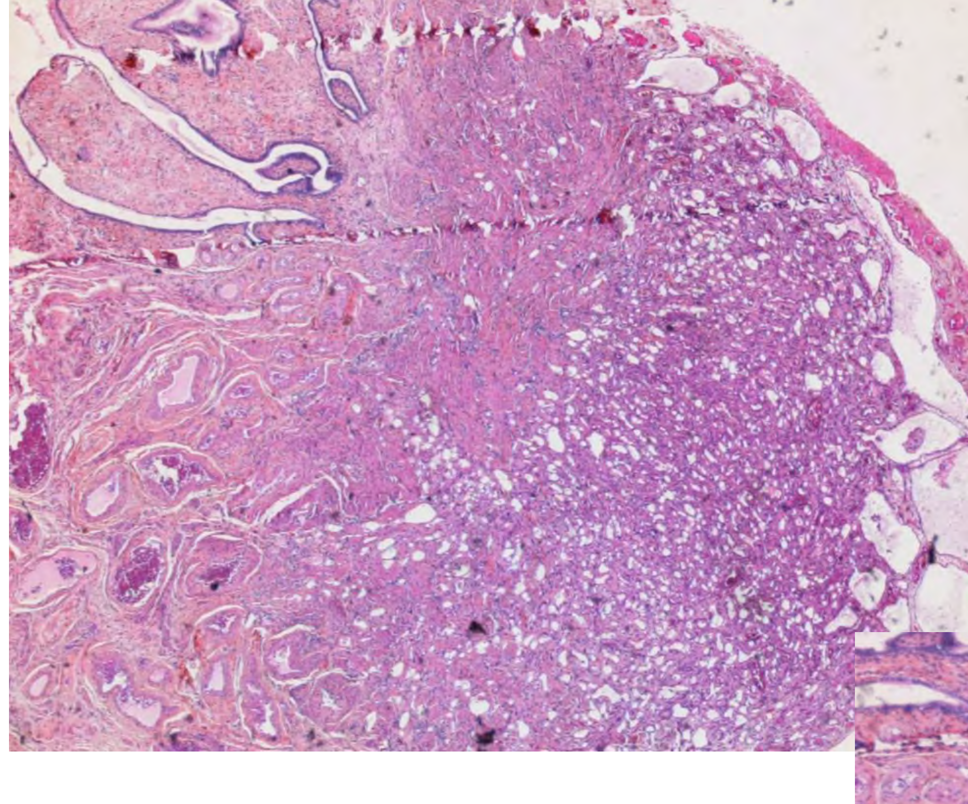


Tumeurs bénignes

- ***papillomes épithéliaux*** ou polypes sont rares (axe stromal fin arborisé, bordé par une seule couche de cellules cylindriques non ciliées)

- ***tumeur adénomatoïde :*** entre 1 à 2 cm de grand axe et se présente sous forme de nodules de la séreuse de couleur blanche ou jaune.

  L'histologie est classique : multiples petites cavités bordées par une monocouche de cellules cubiques basses ou de cellules aplaties de type endothélial.



Tumeur adénomatoide

Tumeurs malignes

- Les adénocarcinome tubaires sont rares (<0,5%) des cancers gynécologiques.
- Patiente post ménopausée avec un pic entre 60 et 64 ans et un plateau jusqu'à 85 ans
- la triade classique de douleurs, écoulement vaginal et masse annexielle palpable

Adénocarcinome séreux

- **Macroscopie** : aspect de salpingite chronique, à la coupe tumeur emplissant la lumière, 80-97% unilatéral ; hémorragie, nécrose et kyste sont fréquents.

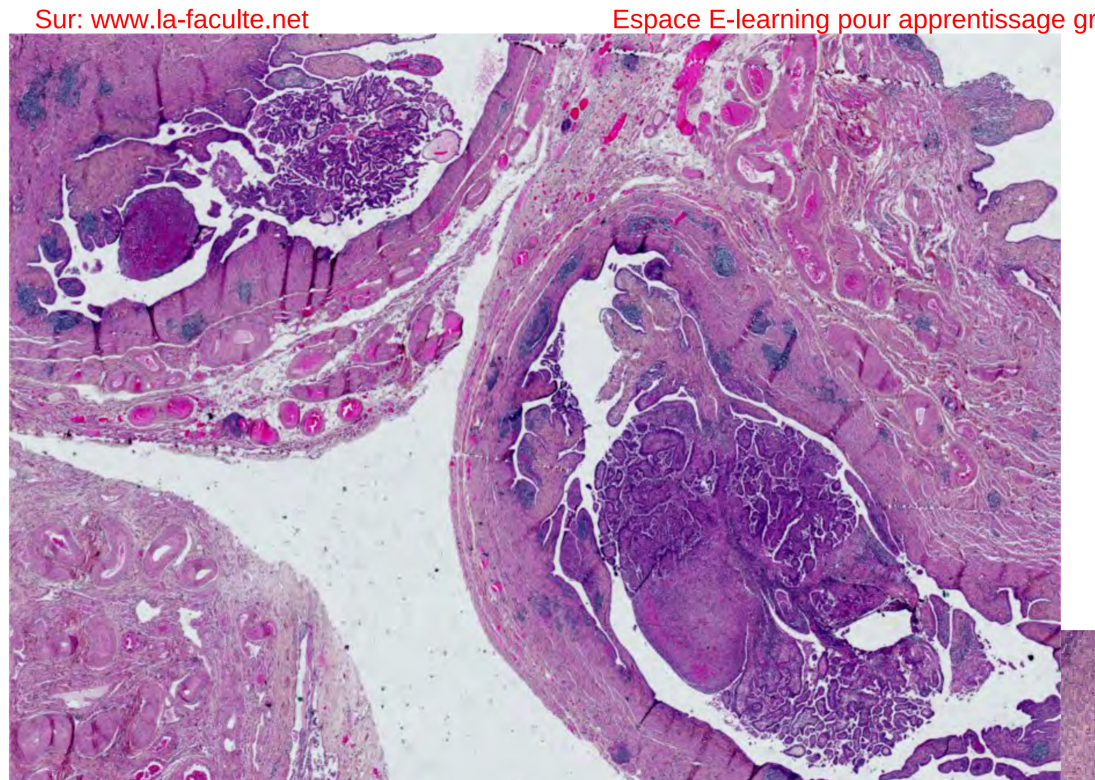


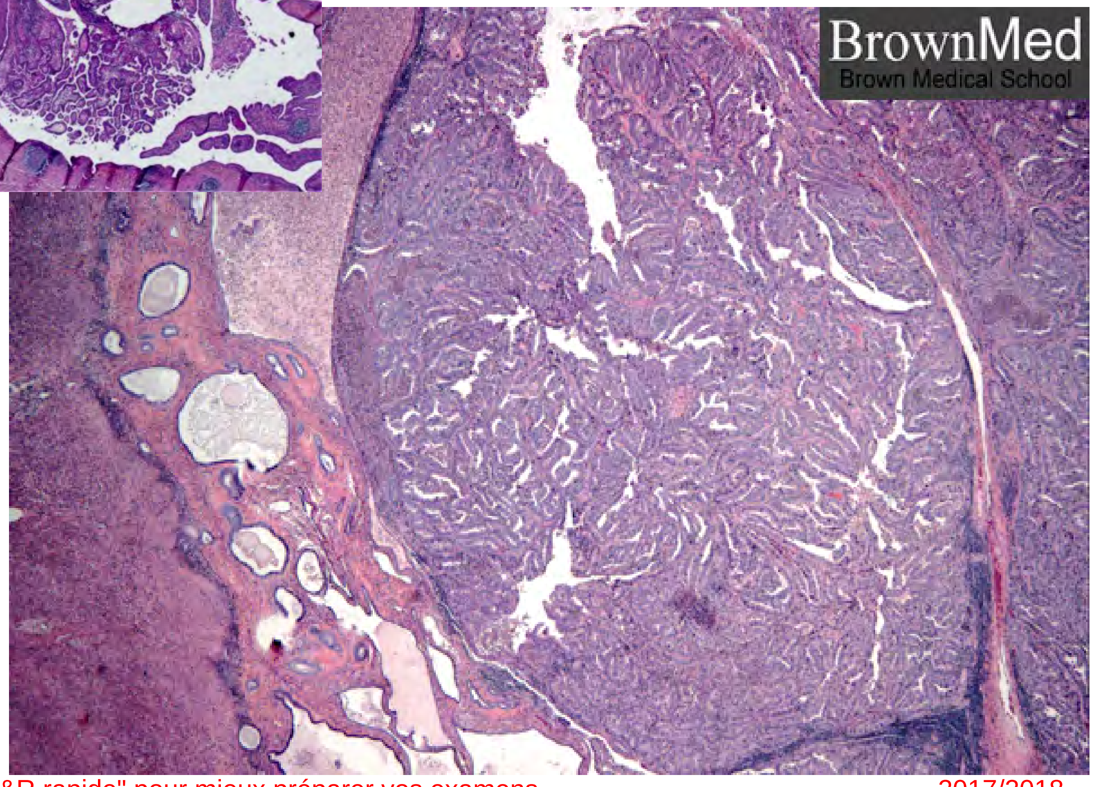
Adénocarcinome séreux

- **Microscopie** : prolifération tumorales faite essentiellement de papilles complexes. Atypies cyto-nucléaires. Mitoses nombreuses. Calcosphérites.

  Prolifération endoluminale, avec infiltration de la paroi tubaire.

Adénocarcinome séreux





Tumeurs malignes

- La plupart des tumeurs primitives tubaires sont des carcinomes séreux mais tous les autres types histologiques ont été décrits. Le carcinome séreux représente près de 70% des cas, environ 10% sont des carcinomes endométrioïdes , 10% des carcinomes transitionnels, de nombreuses formes rares ont été décrites (mucineuse, squameuse, adénosquameux, à cellules claires).